# Programa de Cuidados de Transición

Este folleto ofrece información acerca del Programa de Cuidados de Transición (TCP, por sus siglas en inglés). También le explica sus derechos, responsabilidades y qué puede esperar del programa.

**Contáctenos**

|  |  |
| --- | --- |
| Administrador(a) de caso: Jane Doe XXXX XXX XXX (celular) jane.doe@email.com | Administrador(a) del Programa de Cuidados de Transición 03 9595 2307 TCP@health.vic.gov.au |

 **Descargue este acuerdo para guardarlo en su computadora**

Escanee el código QR

Para recibir este documento en otro formato, envíe un correo electrónico a TCP@health.vic.gov.au <TCP@health.vic.gov.au>



Autorizado y publicado por el gobierno de Victoria, 1 Treasury Place, Melbourne.

© Estado de Victoria, Australia, Departmento de Salud, enero 2023.

Disponible en [www.health.vic.gov.au/publications/tcp-information-and-client-agreement-english](http://www.health.vic.gov.au/publications/tcp-information-and-client-agreement-english)

Formato disponible: DOCX

# ¿Qué es el Programa de Cuidados de Transición (TCP)?

El TCP puede ayudarle a recuperarse después de haber estado en el hospital, a ser más independiente y a ponerse en contacto con el apoyo que necesita.

### **Cómo funciona**

1. El Servicio de Evaluación para Adultos Mayores (ACAS, por sus siglas en inglés) comprobará si usted puede recibir los servicios de TCP.
2. Necesitará completar y firmar el acuerdo de TCP.
3. El programa empieza en cuanto usted sale del hospital.
4. Puede recibir apoyo por hasta **12 semanas** (84 días) mientras se recupera en casa, en instalaciones de cuidados a personas mayores o en el hospital.
5. Contará con un plan de cuidados que describirá los tipos de servicios que recibirá.
6. Puede trasladarse a distintas ubicaciones o recibir diferentes tipos de cuidados a medida que sus necesidades van cambiando.
7. Recibirá apoyo para encontrar opciones de cuidados a largo plazo si las necesita.

### **Con este programa, existen dos tipos de cuidados que puede recibir**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An icon of a house**Cuidados en el hogar**Recibirá asistencia en su casa.Estos servicios pueden incluir: * Enfermería y cuidados de relevo en el hogar
* Ayuda con la limpieza, preparación de alimentos o para el aseo personal
* Organizar consultas médicas
* Acudir a citas o a actividades sociales
* Terapia por parte de personal aliado de la salud, tal como fisioterapia
* Equipo de apoyo como barandales, rampas o artículos para la incontinencia

**Tarifas**Necesitará pagar 17.5 % de su pensión individual para adultos mayores por día. |  | An icon of a bed**Cuidados en cama en un recinto**Recibirá cuidados en un hospital o en instalaciones de cuidados para personas mayores.Estos servicios pueden incluir: * Enfermería y apoyo a demanda
* Asistencia médica
* Ayuda con actividades diarias como el aseo personal o para caminar
* Apoyo para la demencia
* Organizar consultas médicas
* Terapia por parte de personal aliado de la salud, tal como fisioterapia

**Tarifas**Necesitará pagar 85 % de su pensión individual para adultos mayores por día. También tendrá que pagar los medicamentos con receta que necesite, de la famarcia que usted elija. |

El programa **no** incluye servicios como:

✗ Patología o radiología (como exámenes de sangre o radiografías)

✗ Traslado en ambulancia desde o hacia el hospital

✗ Medicamentos de venta con receta o cuotas de farmacia

✗ Consultas con médicos de cabecera

# Qué es lo que puede esperar del programa

Para obtener el mayor beneficio del TCP, usted tendrá distintos derechos y responsabilidades.

## ¿Cuál es la función de mi administrador(a) de caso?

La persona que administra su caso es su contacto principal, así como su persona de apoyo y de defensa mientras usted forme parte del programa.

Su administrador(a) de caso puede ayudarle a:

* Elaborar un plan de cuidados y actualizarlo de acuerdo a sus necesidades
* Tomar decisiones que tengan un impacto sobre sus cuidados
* Defender sus necesidades y brindarle apoyo emocional
* Compartir y tomar acciones de acuerdo a los comentarios que usted tenga acerca de los cuidados que recibe
* Planificar sus cuidados con antelación, incluyendo al entender cuáles son sus valores y creencias para que su equipo de cuidados pueda tomar decisiones en representación suya si usted no puede hacerlo
* Elaborar un plan para cuando le den el alta y organizar apoyo a largo plazo

Su administrador(a) de caso no tomará decisiones médicas acerca de sus cuidados. Usted trabajará con los profesionales médicos de su equipo de cuidados para esto.

## ¿Cómo se compartirá mi información?

Al completar y firmar el acuerdo, usted nos da su autorización para que compartamos su información con:

* Su médico(a) de cabecera, profesionales de la salud, My Aged Care y otros proveedores de servicios para que podamos satisfacer sus necesidades de cuidados
* El Departamento de Salud y Cuidados para Personas Mayores de la Commonwealth, la Comisión de Calidad y Seguridad de los Cuidados para Personas Mayores y el Departamento de Salud de Victoria para que estos organismos puedan financiar y medir el éxito de este programa

## ¿Qué tendré que hacer?

Tendrá distintas responsabilidades como parte del programa. Tendrá que:

* Trabajar de manera activa para alcanzar los objetivos de su plan de cuidados
* Hacerse responsable de sus propias acciones y elecciones
* Decirle a su administrador(a) de caso qué es lo que necesita. Si necesita ayuda con algo, dígalo
* Dígale a su equipo de cuidados si tiene alguna solicitud en particular (por ejemplo, si quisiera fumar, usar cigarrillos electrónicos o beber alcohol)
* Trate a su equipo de cuidados con respeto, de la misma manera en la que le gustaría ser tratado(a)
* Si se está recuperando en casa, brinde a su equipo de cuidados un espacio de trabajo seguro y saludable

## ¿Cuáles son mis derechos?

Los derechos de todos los clientes de TCP están protegidos en conformidad con:

* La Carta de Derechos de los Cuidados a Personas Mayores
* La Ley de Cuidados a Personas Mayores de la Commonwealth de 1997, la Ley de Cuidados a Personas Mayores (Provisiones transicionales) de 1997, y los Principios creados en conformidad con las Leyes
* La Carta de Derechos Humanos y la Ley de Responsabilidades de 2006 de Victoria
* La Ley de Privacidad y Protección de Datos de 2014 de Victoria
* La Ley de Registros de Salud de 2001 de Victoria
* La Ley de Privacidad de 1988 de la Commonwealth

# Tarifas y pagos

Aunque el TCP está en su mayor parte subvencionado por el gobierno, **tendrá** que pagar una tarifa por los costos de los cuidados que reciba.

## ¿Qué tendré que pagar?

Tendrá que pagar ciertas tarifas de acuerdo con el tipo de cuidados que recibiere:

|  |  |
| --- | --- |
| An icon of a home | Para **cuidados en el hogar**Si forma parte del programa en casa, tendrá que pagar **17.5 %** de su pensión individual para adultos mayores vigente por día.  |
|  |  |
| An icon of a bed | Para **cuidados en cama en un recinto**Si forma parte del programa en instalaciones de cuidados para adultos mayores o en un hospital, tendrá que pagar **85 %** al día de su pensión individual para adultos mayores vigente por día.También tendrá que pagar los medicamentos con receta que necesite, de la farmacia que usted elija. |

Si no cuenta con una pensión, tendrá que pagar una *tarifa diaria* equivalente a los porcentajes indicados anteriormente.

El TCP **no** está cubierto por:

✗ Medicare

✗ Seguros de salud particulares

✗ El Departamento de Asuntos de los Veteranos

## ¿Qué pasa si no puedo pagar?

Las tarifas del TCP pueden ser flexible de acuerdo a sus circunstancias particulares. Si no puede pagar la tarifa, aún tiene la posibilidad de participar en el programa.

Puede hablar con su administrador(a) de caso acerca de varias opciones, incluyendo una reducción en el costo o solicitar más tiempo para pagar.

## ¿Cómo se paga?

Recibirá una factura y más información acerca de cómo pagar una vez que comience el programa.

La factura incluirá la tarifa por cada día que participe en el programa, incluyendo los días en los que es posible que no reciba cuidados, tales como los fines de semana.

## ¿Qué pasa si necesito un descanso del programa?

Puede tomarse hasta 7 días de descanso; esto incluye tiempo para actividades sociales o si tuviera que volver al hospital. Si se toma tiempo del programa, esto no cambiará la fecha de término del mismo.

Puede utilizar estos días de descanso por separado o varios días seguidos. Tendrá que pagar tarifas por aquellos días en los que se tome un descanso del programa.

#

# Dónde conseguir ayuda

Su **administrador(a) de caso** es su contacto principal con el programa, pero también puede ponerse en contacto con otras organizaciones para distintos tipos de apoyo.

## Para información y apoyo acerca de los servicios para adultos mayores

**My Aged Care**

1800 200 422

 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes

10:00 a. m. a 2:00 p. m. los sábados

 [www.myagedcare.gov.au](http://www.myagedcare.gov.au)

## Para personas sordas o con dificultades para escuchar o para hablar por teléfono

**Servicio Nacional de Retransmisión (NRS)**

13 36 77

## Para quejas, inquietudes o comentarios acerca del programa

**Oficina del Comisionado de Quejas de la Salud**

 1300 582 113

 [hcc.vic.gov.au](https://hcc.vic.gov.au/)

**Comisión de Calidad y Seguridad de los Cuidados para Personas Mayores**

 1800 951 822

 [www.agedcarequality.gov.au](http://www.agedcarequality.gov.au/)

## Si necesita orientación o que alguien hable en representación suya

**Línea Nacional de Defensa de las Personas Mayores**

1800 700 600

 [health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap](https://www.health.gov.au/our-work/national-aged-care-advocacy-program-nacap)

**Defensa de los Derechos de los Ancianos**

 03 6902 3066

 [era.asn.au](https://era.asn.au/)

# Acuerdo del Programa de Cuidados de Transición (TCP, por sus siglas en inglés)Derechos y responsabilidades

##### Datos del servicio de TCP

###### Complete usando mayúsculas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beneficiario(a) de cuidados |  | Proveedor de servicio de TCP |
|  |  |  |

##### Tipo de cuidados

###### Marque 🅇 solo una opción

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐**An icon of a bed**Cuidados en cama en un recinto**

|  |
| --- |
| en instalaciones de TCP |
|  |

 |  | ☐An icon of a home**Cuidados en el hogar** |

##### El/la beneficiario/a de cuidados acepta que él o ella:

###### Lea y marque 🅇 cada casilla.

###### Puede completar esta parte como el/la beneficiario/a de cuidados, o como un/a representante en su nombre (por ejemplo, cuidador/a o esposo/a).

☐ Será parte del programa

Esto incluye si se encuentra en la lista de espera para empezar el TCP

☐ Entiende cómo se compartirá su información

La información se compartirá con profesionales de la salud, My Aged Care y el gobierno

☐ Sabe cuáles son sus derechos

Esto incluye sus derechos en conformidad con la Carta de Derechos de los Adultos Mayores

☐ Sabe cuáles son sus responsabilidades

Esto incluye trabajar con su administrador(a) de caso para elaborar un plan de cuidados y un plan para el alta

☐ Entiende que tanto él o ella como beneficiario(a) así como su proveedor de servicio podrán hacer una revisión de este acuerdo para hacer cambios

Tanto el proveedor de servicio como el/la beneficiario/a de cuidados deberán acceder a cualquier cambio por escrito

☐ Entiende que él/ella o el proveedor de servicio pueden suspender el programa en cualquier momento

Si el/la beneficiario/a o el proveedor de servicio elije suspender el programa, el/la administrador/a de caso puede proporcionar otras opciones de cuidados y asegurarse de que el periodo de aviso se cumpla

# Acuerdo del Programa de Cuidados de Transición (TCP)Tarifas y pagos

##### Tarifas y facturas

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Su tarifa diaria de cuidados |  | Las facturas provienen de |
| $ |  |  |

##### Acuerdo de tarifas y pagos

###### Lea y marque 🅇 cada casilla para aceptar

###### Puede completar esta parte como el/la beneficiario/a de cuidados, o como un/a representante en su nombre (por ejemplo, cuidador/a o esposo/a).

☐ Yo soy la persona que pagará las tarifas del TCP

☐ Entiendo que la tarifa diaria incluye los fines de semana y aquellos días en los que no reciba servicios

☐ Entiendo que puedo pedirle a mi administrador(a) de caso que haga una revisión de las tarifas del TCP en cualquier momento si no puedo pagar

☐ Entiendo que las tarifas no están cubiertas por Medicare, seguros de salud particulares ni el Departamento de Asuntos de Veteranos

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Únicamente para cuidados en cama en un recinto**☐ Pagaré por cualquier medicamento de venta con receta que necesiteSe le enviarán facturas por sus medicamentos bajo receta médica mientras sea parte del programa☐ Entiendo que la farmacia que yo elija establecerá el costo de los medicamentos

|  |
| --- |
| Nombre de la farmacia |
|  |

|  |
| --- |
| Dirección de la farmacia |
| Calle |
|  |
| Barrio o Ciudad |
|  |
| Estado, Código postal |
|  |

 |

# Acuerdo del Programa de Cuidados de Transición (TCP)Datos finales y firma

##### Datos de la persona que pagará las tarifas

###### Complete usando mayúsculas

|  |
| --- |
| Nombre completo |
|  |

######

|  |
| --- |
| Dirección |
| Calle |
|  |
| Barrio o Ciudad |
|  |
| Estado, Código postal |
|  |

######

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Teléfono |  | Dirección de correo electrónico |
|  |  |  |

##### Quisiera que me envíen las facturas por:

###### Marque 🅇 solo una opción

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **☐ Correo postal** |  | **☐ Correo electrónico** |

##### Firma y fecha

###### Puede completar esta parte como el/la beneficiario/a de cuidados, o como un/a representante en su nombre (por ejemplo, cuidador/a o esposo/a).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma |  | Fecha |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solo representantes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Por qué la persona que recibirá los cuidados no puede firmar? |  | ¿Cuál es su relación con la persona? (por ejemplo, cuidador/a , esposo/a) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Presenciado por (firma) |  | Fecha |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| Acuerdo completado con un miembro del personal (firma/denominación/escriba el nombre en letras mayúsculas) |
|  |